

**Votre hypnothérapeute vous accompagne vers le mieux-être**  
**Il ne fait pas partie du corps médical**  
**Il ne peut intervenir dans vos prescriptions médicales**  
**En cas de maladie, consultez votre médecin.**

Je soussigné(e)

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

-déclare avoir été parfaitement informé par monsieur *Laurent FRIES*, hypnothérapeute, que :  
si un traitement médical m'a été prescrit, je dois poursuivre ce traitement en informant le médecin qui me l'a prescrit que j'envisage de suivre une hypnothérapie, afin que ce médecin puisse donner son avis sur le recours à l'hypnose au cours de l'accompagnement et éventuellement modifier le traitement.

-déclare avoir été informé du prix de la séance d'hypnothérapie

-déclare avoir été informé des coordonnées du service de médiation

SARL Médiation de la consommation et patrimoine

12 Square DESNOUETTES 75015 PARIS

RCS 840463129 mail : [contact@mcpmediation.org](mailto:contact@mcpmediation.org)

-déclare avoir été informé de mes droits concernant la protection de mes données personnelles :

°Nom, Prénom et dossier de suivi sont enregistrés dans l'ordinateur/tablette de M Laurent FRIES, protégé par un mot de passe dont il est seul à en avoir connaissance, pour une durée maximale de 5 ans

°Et conformément au règlement général sur la protection des données, je dispose d'un droit d'accès, de modification et de suppression de ces données et du droit de saisir la CNIL sur la protection des données personnelles.

Fait à....., le.....

SIGNATURE